



Beroepscompetentieprofiel

# PSYCHOMOTORISCH THERAPEUT



In opdracht van het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische  
Therapie (NVPMT) opgesteld door:  
Dr. Cees Boerhout & Drs. Olivier Glas

Met veel dank aan vertegenwoordigers van werkveld, opleiding en onderzoek voor hun  
gewaardeerde bijdrage aan de totstandkoming van het profiel.

Voorjaar 2021

# INHOUD

<b>VOORWOORD</b>	<b>5</b>
<b>1. BEROEPSOMSCHRIJVING</b>	<b>7</b>
<b>2. DOMEIN EN WERKVELD</b>	<b>9</b>
<b>2.1 Werkdomein</b>	<b>10</b>
2.1.1. PMT als beroep in de gezondheidszorg	10
2.1.2. PMT als beroep in het onderwijs	10
2.1.3. PMT als beroep in het welzijnswerk	11
<b>2.2 Doelgroepen, richtlijnen en zorgstandaarden</b>	<b>11</b>
<b>2.3 Beroepstaken</b>	<b>12</b>
2.3.1. Cliëntgebonden beroepstaken	12
2.3.2. Organisatiegebonden beroepstaken	12
2.3.3. Professie gebonden beroepstaken	13
<b>2.4 Beroepscompetenties</b>	<b>13</b>
<b>2.5 Recente en toekomstige beroepsontwikkelingen</b>	<b>15</b>
2.5.1. Ontwikkelingen in de verwijzing en indicatie	15
2.5.2. Ontwikkelingen in kennis over psychomotorische interventies	15
2.5.3. Ontwikkeling in de verantwoording en afhandeling van de behandeling	15
2.5.4. Ontwikkelingen in de positionering van het beroep in de werkvelden	16
2.5.5. Ontwikkelingen op het gebied van technologie	16
<b>3. PSYCHO-MOTORISCHE INTERVENTIES</b>	<b>17</b>
<b>3.1 Werkzame mechanismen</b>	<b>18</b>
<b>3.2 Psychomotorische interventies vanuit het bewegingsonderwijs</b>	<b>18</b>
<b>3.3 Psychomotorische interventies vanuit psychotherapeutische benaderingen</b>	<b>19</b>
<b>3.4 Symbolische toepassing van psychomotorische interventies</b>	<b>19</b>
<b>3.5 Recente benaderingen</b>	<b>20</b>
3.5.1. Psychotherapeutische toepassingen	20
3.5.2. Psychomotorische toepassingen	20
<b>3.6 Psychomotorische diagnostiek</b>	<b>20</b>
3.6.1. Bewegingsobservatie	21
3.6.2. Gebruik van vragenlijsten	21

<b>3.7</b>	<b>Theoretische basis</b>	<b>22</b>
3.7.1.	Meta-theorie	22
3.7.2.	Klinische theorieën	22
3.7.3.	Interventiestrategieën	22
<b>3.8</b>	<b>Transdiagnostische benadering: Generieke Module Vaktherapie</b>	<b>23</b>
<b>4.</b>	<b>WETENSCHAPPELIJKE ONDERBOUWING PSYCHOMOTORISCHE THERAPIE</b>	<b>24</b>
4.1	PMT Onderzoeksagenda	25
4.2	Bestaande wetenschappelijke evidentie voor PMT	26
4.3	Ontwikkelingen met betrekking tot wetenschappelijke onderbouwing	27
4.4	Conclusie wetenschappelijke basis PMT	27
<b>5.</b>	<b>BORGING VAN DE KWALITEIT VAN PSYCHOMOTORISCH THERAPEUTEN</b>	<b>28</b>
5.1	Erkende opleidingen voor PMT	29
5.1.1.	Bachelor-niveau	29
5.1.2.	Master-niveau	29
5.2	Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische therapie (NVPMT)	29
5.2.1.	Organisatie	29
5.2.2.	Missie	29
5.2.3.	Werkveldgroepen	30
5.3	European Forum of Psychomotricity (EFP)	30
5.4	Kwaliteitsregister	31
5.5	Beroepscode	31
<b>6.</b>	<b>BRONNEN</b>	<b>32</b>



# VOORWOORD





Voor u ligt het beroepscompetentieprofiel van de psychomotorische therapie (PMT). Dat een beroep in de brede maatschappelijke context van zorg, onderwijs en welzijn 'in beweging' is, zal niemand verbazen. Binnen deze domeinen is er toenemend aandacht en waardering voor de inzet van interventies rondom bewegingsgedrag en lichaamsbeleving ter bevordering van gezondheid en welzijn.

Daarin worden psychomotorische interventies en de expertise van psychomotorisch therapeuten steeds meer getypeerd als 'bekend, erkend en bewezen'. Ook liggen hier zeker nog mogelijkheden en ambities voor de komende jaren die richting geven aan de ontwikkeling van het beroep en de beroepsvereniging.

Juist bij een beroepsgroep die vanuit een brede basis beschikt over een ruim arsenaal aan methodes en interventies gericht op bewegen en lichamelijkeheid, is een beroepscompetentieprofiel van enorme waarde. Daarmee wordt het beroep zo helder mogelijk afgebakend en gedefinieerd.

Hierbij past het 'mission statement' van de Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie (NVPMT), zoals geformuleerd in het meerjarenbeleidsplan 2021-2024:

*“Psychomotorische therapie is als vorm van reguliere zorg toegankelijk, bekend en erkend als waardevolle vorm van behandeling voor mensen die vast (dreigen te) lopen of uit (dreigen te) vallen. Als beroepsvereniging staan we voor het behartigen van de belangen van professionals, het stimuleren en bewaken van kwaliteitsbevordering en kennisinnovatie. Hiertoe is het van belang om samen te werken en kennis en expertise uit te wisselen tussen psychomotorisch therapeuten onderling als ook om samen te werken met partners op nationaal en internationaal vlak.”*

De ontwikkelingen in de zorg, het onderwijs en het sociaal domein rondom onder andere de beroepsstructuren, organisatievormen, financiën, zullen de komende jaren getypeerd kunnen worden als een 'dynamisch speelveld'. Daarmee is dit beroepscompetentieprofiel een zeer waardevolle update van het voorgaande profiel, maar kan het tegelijkertijd gezien worden als een document dat ook zijn nuanceringen of aanpassingen zal hebben in de komende jaren. Met veel trots en grote waardering voor auteurs en meelezers sluit ik deze inleiding af. Ik geloof dat psychomotorisch therapeuten zichzelf goed zullen herkennen in de huidige beschrijving en ontwikkelingen en dat het andere geïnteresseerden een goede indruk kan geven van een mooie beroepsgroep. Een beroepsgroep van professionals die mensen helpen vanuit hun professie, expertise en toewijding om voor anderen van betekenis te zijn.

Pim Hoek  
Voorzitter NVPMT



# BEROEPS- OMSCHRIJVING

1





Een psychomotorisch therapeut behandelt cliënten<sup>1</sup> met een hulpvraag op psychosociaal vlak, op methodische wijze gebruikmakend van interventies die gericht zijn op bewegingsgedrag en/ of lichaamsbeleving. Deze interventies zijn gebaseerd op wetenschappelijke kennis en ervaringskennis en bieden de cliënt de mogelijkheid om nieuwe vaardigheden eigen te maken, betekenisvolle en inzicht gevende ervaringen op te doen of intrapsychische, interpersoonlijke of systemische conflicten te bewerken. Naast curatieve zorg is psychomotorische therapie (PMT) inzetbaar in het kader van preventie en vroegtijdige signalering van dreigende psychosociale problematiek, waarbij mogelijkheden voor begeleidend en trainingsgericht werken worden ingezet. Het beroep wordt beoefend in diverse behandelcontexten, namelijk de domeinen van gezondheidszorg, (passend) onderwijs en welzijn. Centraal in elke psychomotorische behandeling staat de hulpvraag van de cliënt en/of diens omgeving. Uitgaande van deze hulpvraag wordt de behandeldoelstelling geformuleerd en wordt in zorgvuldige afstemming met de cliënt, het cliëntsysteem, de verwijzer of de regiebehandelaar bepaald welke psychomotorische interventie(s) worden ingezet.

Psychomotorisch therapeuten werken zowel met groepen als individuele cliënten.

PMT wordt uitgevoerd door therapeutische professionals die een door de Nederlandse Vereniging voor PMT (NVPMT) erkende bachelor en/of masteropleiding hebben afgerond. Naast opleiding wordt de kwaliteit geborgd door registratie in het Register Valtherapie. Registratie vereist naast een erkende opleiding het volgen van intervisie, supervisie en het volgen van bij- en nascholing.

---

<sup>1</sup> Daar waar 'cliënt' staat kan ook –afhankelijk van context- gelezen worden 'klant', 'deelnemer', 'leerling', 'patiënt'.



# DOMEIN EN WERKVELD

2



## 2.1 WERKDOMEIN

Het werkdomein van psychomotorisch therapeuten is verspreid over maatschappelijke gebieden waar hulp- en ondersteuningsvragen leven die beantwoord kunnen worden met een aanbod gericht op bewegingsgedrag en/ of lichaamsbeleving. Deze gebieden betreffen de gezondheidszorg, het passend/ speciaal onderwijs en het welzijnswerk.

### 2.1.1. PMT als beroep in de gezondheidszorg

PMT is als beroep ontstaan in de psychiatrie en is vervolgens wijder verspreid binnen de gezondheidszorg (De Lange & Bosscher, 2005). Door de uitbreiding van het werkdomein bedienen psychomotorisch therapeuten een verscheidenheid aan doelgroepen en cliënten met diverse vormen van (psycho)pathologie.

Als beroep in de gezondheidszorg bevordert PMT de gezondheid in de breedste zin van het woord. Gezondheid kan opgevat worden als het vermogen om zich aan te passen en eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen in het leven (Huber et al., 2011; 2016). Hiermee is gezondheid heel nadrukkelijk een biopsychosociaal begrip, waarin biologische, psychologische en sociale factoren met elkaar samenhangen (Borrel-Carrio, Suchman, & Epstein, 2004). Bij PMT worden mensen met (dreigende) gezondheidsproblemen geholpen om klachten te verminderen of anders met klachten om te gaan.

Binnen de gezondheidszorg zijn psychomotorisch therapeuten actief in de eerste, tweede, derde en vierde lijn. In de eerste lijn zijn psychomotorisch therapeuten veelal vrijgevestigd en in toenemende mate verbonden aan huisartspraktijken en gezondheidscentra. Dit is de kortste route naar een psychomotorisch behandelaanbod voor cliënten met een hulp of ondersteuningsvraag. In de tweede lijn maken psychomotorisch therapeuten deel uit van multidisciplinaire teams binnen instellingen in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), de jeugdzorg, zorg voor verstandelijk beperkten, de forensische psychiatrie, de verslavingszorg, verpleeghuizen en de revalidatie. In de derde lijn zijn psychomotorisch therapeuten werkzaam binnen de psychiatrie van academische ziekenhuizen. Deze instellingen richten zich vaak op specifieke stoornissen, waardoor de psychomotorisch therapeuten daar vaak ook specifieke expertise hebben. In de vierde lijn gaat het om specialistische topreferente zorg binnen instellingen met expertise op gebied van bijvoorbeeld eetstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, psychotrauma of angst- en dwangstoornissen.

Sinds 2001 is er een gezamenlijke beroepsaanduiding ontstaan, namelijk de vaktherapeutische beroepen. In 2006 is de Federatie voor Vaktherapeutische Beroepen (FVB) opgericht. Hierbinnen zijn naast de psychomotorische therapie ook de beroepen beeldende therapie, danstherapie, muziektherapie, dramatherapie, speltherapie en psychomotorische kindtherapie verenigd. PMT valt daarmee onder het overkoepelende begrip 'Vaktherapeutische beroepen' (Aerts, Van Busschbach, & Wiersma, 2011). De vaktherapeutische beroepen zijn vanwege het ervaringsgerichte aspect min of meer verwant. De FVB maakt zich sterk voor een goede positionering van de vaktherapeutische professionals op landelijk en regionaal/lokaal niveau.

### 2.1.2. PMT als beroep in het onderwijs

In het regulier en speciaal onderwijs werken psychomotorisch therapeuten met leerlingen met hulp- en ondersteuningsvragen die niet overgedragen worden aan de gezondheidszorg. De wet op 'passend onderwijs' maakt dat scholen de plicht hebben om basisondersteuning te bieden en bij leerlingen die dat nodig te hebben ook extra begeleiding (Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap). Naast deze 'plichten' van scholen, zijn scholen ook een belangrijke vindplaats van zorgbehoeften van leerlingen en de systemen waar ze deel van uitmaken (Kennisplatform Integratie & Samenleving, 2017).

Psychomotorisch therapeuten spelen flexibel en laagdrempelig in op de hulpvragen van zorgleerlingen en maken het mogelijk om binnen de onderwijscontext de nodige ondersteuning en training te bieden (Murriss, 2010). In veel gevallen gaat het dan om een trainingsgericht aanbod gericht op mentale en sociale weerbaarheid, sociale vaardigheden, het omgaan met faalangst, of het trainen van executieve functies.

### 2.1.3. PMT als beroep in het welzijnswerk

In diverse welzijnsorganisaties werken psychomotorische therapeuten binnen de daar aanwezige specialistische zorg. Sinds de gemeenten (2015) verantwoordelijk zijn voor zorg en voorzieningen van kinderen en gezinnen is er vraag naar laagdrempelige zorg bij voornamelijk zelfstandig gevestigde psychomotorisch therapeuten. Door inzet van WMO gelden worden er trainingen aangeboden die zich richten op het versterken van het probleemoplossend vermogen van kinderen en jongeren, hun ouders en de sociale omgeving en het bevorderen van de opvoedcapaciteiten van ouders en de sociale omgeving. Op aangeven van coaches die deel uitmaken van wijkteams kunnen mensen terecht bij psychomotorisch therapeuten. Kenmerkend voor deze context is dat de verwijzer over het algemeen niet BIG-geregistreerd is en de psychomotorisch therapeut laagdrempelig en trainingsgericht werkt met de mogelijkheid om op te schakelen naar meer ervaringsgericht en inzichtgevend werken. Daarnaast kunnen psychomotorisch therapeuten in deze context ook interventies doen gericht op primaire en secundaire preventie gericht op een gezonde en actieve leefstijl (Vancampfort et al., 2009).

## 2.2 DOELGROEPEN, RICHTLIJNEN EN ZORGSTANDAARDEN

PMT wordt aangeboden aan diverse doelgroepen. Een doelgroep wordt gekenmerkt door een gemeenschappelijke hulpvraag, een leeftijdscategorie, gemeenschappelijke (groepen) stoornissen of beperkingen.

De inbreng vanuit PMT binnen de diverse doelgroepen van de GGZ is opgenomen in de Multidisciplinaire Richtlijnen ([www.ggzrichtlijnen.nl](http://www.ggzrichtlijnen.nl)): ADHD, Angststoornissen, Autisme bij volwassenen, Depressie, Eetstoornissen, Opiaatverslaving, Persoonlijkheidsstoornissen en Schizofrenie. Deze richtlijnen geven een inventarisatie van interventies waar voldoende wetenschappelijk bewijs voor is.

PMT is ook vertegenwoordigd in de nieuw ontwikkelde Zorgstandaarden voor ADHD, Aanpassingsstoornis, Angstklachten en angststoornissen, Autisme, Bipolaire stoornis, Conversiestoornis



nis, Depressieve stoornissen, Eetstoornissen, Opiaatverslaving, Persoonlijkheidsstoornissen, Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving, Psychose, Trauma en stressorgerelateerde stoornissen en Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK) ([www.ggzstandaarden.nl](http://www.ggzstandaarden.nl)).

Naast doelgroepspecifieke kwaliteitsstandaarden is er een aantal generieke modules ontwikkeld, waaronder de 'Generieke Module Vaktherapie'. ([www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/vaktherapie/introductie](http://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/vaktherapie/introductie)). Onderzoek naar aanpassingen van deze module is gaande. Daarnaast is een generieke module diagnostiek in ontwikkeling waar PMT aan bijdraagt.

## 2.3 BEROEPSTAKEN

De beroepstaken van de psychomotorisch therapeut vormen een samenhangende set van interventies of handelingen die beroepshalve worden uitgevoerd. Beschrijving van deze taken geeft inzicht in de PMT-werkprocessen. Er is een directe samenhang tussen beroepstaken, vakspecifieke competenties en generieke competenties vaktherapie. Onderstaande beroepstaken sluiten aan bij het BCP Vaktherapie (2020), waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen drie segmenten ([fvb.vaktherapie.nl/beroepscompetentieprofiel](http://fvb.vaktherapie.nl/beroepscompetentieprofiel)).

### 2.3.1. Cliëntgebonden beroepstaken

De volgende beroepstaken vloeien voort uit het behandelcontact met cliënten, het cliëntstelsel en/of de opdrachtgever (regiebehandelaar, verwijzer, gemeente, etc.).

De psychomotorisch therapeut:

- Legt contact en bouwt een behandelrelatie op met de cliënt, in samenwerking met het cliëntstelsel en de opdrachtgever
- Is actief betrokken bij indicatiestelling en aanmelding en voert observatie en diagnostiek uit, alvorens te komen tot een psychomotorisch behandelplan.
- Onderbouwt de psychomotorische interventie passend bij de hulpvraag, zoveel mogelijk gebaseerd op recente (inter-)nationale evidence-based en praktijkgerichte theorieën en interventies
- Legt verband met kennis, ervaringen en gedragingen van de cliënt buiten de therapie
- Voert het psychomotorisch (deel)behandelplan uit en hanteert PMT specifieke werkwijzen, methoden en technieken, rekening houdend met draagkracht, veiligheid en initiatieven van de individuele cliënt
- Evalueert het effect bij de behandeling van cliënten tijdens het verloop en na afloop van de therapie, gebruik makend van zowel stoornis-specifieke vragenlijsten (over de betreffende pathologie) als ook PMT-specifieke vragenlijsten en meetmethoden (over lichaamsbeleving of bewegingsgedrag), en communiceert hierover met de cliënt, het cliëntstelsel en de opdrachtgever.
- Rapporteert behandelresultaten aan de cliënt, verwijzer en/ of opdrachtgever, indien van toepassing vanuit eigen praktijk, (poli)klinische behandelinstelling, onderwijsinstelling, of instelling voor welzijnszorg.

### 2.3.2. Organisatiegebonden beroepstaken

De volgende beroepstaken hebben te maken met het werken in een organisatie of netwerk, het regelen van de bekostiging, het scheppenvoorwaarden en het bijdragen aan innovatie.



De psychomotorisch therapeut:

- Werkt samen en stemt de psychomotorische diagnostiek en behandeling af met collega's, andere professionals, gemeenten/opdrachtgevers
- Stemt werkzaamheden af en levert een bijdrage aan het beleid van de organisatie en de lokale overheid, positioneert het vak op professionele wijze en draagt bij aan innovatie van het beroep
- Beheert randvoorwaarden betreffende PMT, zoals beheer van materiaal en ruimtes, administratie en registratie, financiering, en past voorwaarden toe vanuit wet- en regelgeving.

### 2.3.3. Professie gebonden beroepstaken

De volgende taken hebben te maken met de ontwikkeling van de psychomotorisch therapeut zelf en die van de beroepsgroep.

De psychomotorisch therapeut:

- Ontwikkelt en onderhoudt vakspecifieke competenties, reflecteert op eigen handelen, onder meer door supervisie en intervisie, profileert zichzelf en het beroep, volgt ontwikkelingen en publicaties in gezondheidszorg, onderwijs en welzijn, maakt gebruik van richtlijnen en zorgstandaarden.
- Werkt indien mogelijk systematisch mee aan onderbouwing van de professie door participatie in praktijkgericht en wetenschappelijk onderzoek, met oog op de noodzaak van 'evidence based practice'
- Brengt kennis en ervaring over aan anderen door middel van begeleiding van stage en onderzoeksopdrachten, (gast)lessen, workshops, psycho-educatie, presentatie en (medewerking aan) publicatie van therapie- en onderzoeksresultaten.

Draagt bij aan positionering en profilering van de psychomotorische therapie door activiteiten binnen de beroepsvereniging of de eigen werkplek.

## 2.4 BEROEPSCOMPETENTIES

Een competentie is een geïntegreerd geheel van kennis, inzicht, vaardigheden, houdingsaspecten, persoonlijke opvattingen en persoonskenmerken. Beroepscompetenties hangen samen met de eerder beschreven beroepstaken en zijn onder te verdelen in generieke en specifieke vaktherapeutische competenties, zoals beschreven in het FVB Beroepscompetentieprofiel Vaktherapie (2020). Vanuit de GGZ-context staat beschreven over welke competenties een vaktherapeut en dus ook een psychomotorisch therapeut dient te beschikken ([fvb.vaktherapie.nl/beroepscompetentieprofiel](http://fvb.vaktherapie.nl/beroepscompetentieprofiel)):

- A. Ontwikkelt een onderbouwde visie op de therapeutische werkingskracht en mechanismen van de vaktherapeutische disciplines;
- B. Stemt vaktherapeutische interventies en activiteiten af op de hulpvraag van de cliënt/cliëntsysteem of opdrachtgever;
- C. Voert de vaktherapeutische dialoog vanuit interpersoonlijk en vakmatig perspectief;
- D. Maakt de eigen vakdiscipline inzichtelijk en verantwoordt deze naar betrokkenen;
- E. Opereert ondernemend, proactief en innovatief ten aanzien van de vaktherapeutische disciplines;



F. Levert een bijdrage aan vaktherapeutisch, algemeen wetenschappelijk en strategisch onderzoek.

Vanuit deze beschrijving zijn specifieke beroepscompetenties voor de psychomotorisch therapeut afgeleid:

### **1. Competenties met betrekking tot contact en werkrelatie.**

Met betrekking tot contact en werkrelatie is het van belang dat een psychomotorisch therapeut in staat is om met cliënten, maar ook met andere professionals en betrokkenen contact te maken en een (veilige)werkrelatie op te bouwen.

### **2. Competenties met betrekking tot psychomotorisch interveniëren.**

Als het gaat om psychomotorisch interveniëren is het van belang dat de psychomotorisch therapeut zelf in voldoende mate beschikt over motorische en lichaamsgerichte vaardigheden. Bovendien moet deze in staat zijn om deze vaardigheden op methodische wijze in te zetten om te komen tot een doelgerichte en betekenisvolle interventie.

### **3. Competenties met betrekking tot het onderbouwen en onderzoeken van psychomotorische interventies.**

Om de uitgevoerde psychomotorische interventies te kunnen verantwoorden en te onderbouwen is het van belang dat psychomotorisch therapeuten in voldoende mate beschikken over beroepsrelevante kennis in combinatie met een onderzoekende houding en de vaardigheden om (praktijkgericht) onderzoek uit te kunnen voeren.

### **4. Competenties met betrekking tot profileren en professionaliseren.**

Een psychomotorisch therapeut dient in staat te zijn om te reflecteren op het eigen handelen, het handelen te verbeteren en te innoveren. Daarnaast is het ook van belang dat de therapeut de kwaliteiten van zichzelf en het beroep zichtbaar en toegankelijk maakt.

Samengevat, moet een psychomotorisch therapeut in staat zijn om vanuit een veilige werkrelatie, met kennis en onderzoek onderbouwde psychomotorische interventies uit te voeren. Daarbij wordt vanuit reflectie en evaluatie op het eigen handelen gestreefd naar innovatie en verbetering van kwaliteit.

De ontwikkeling van beroepscompetenties van een (toekomstig) psychomotorisch therapeut start in de opleiding. Het eindniveau van de gevolgde opleidingen is vastgelegd in competenties of eindkwalificaties voor een startklaar professional. De opleidingscompetenties zijn gekoppeld aan de beroepscompetenties. Iedere beroepsbeoefenaar ontwikkelt kennis, attitude en vaardigheden voor de vereiste competenties. In de verdere ontwikkeling na de opleiding vindt verdere verdieping van competenties plaats in het werkveld waarin men actief is. Een psychomotorisch therapeut werkzaam in de GGZ ontwikkelt andere accenten in competenties dan wanneer deze werkzaam is in de revalidatie of zorg voor verstandelijke beperkten. Dit geeft aan dat er een samenhang is tussen beroepscompetenties en beroepstaken.

## 2.5 RECENTE EN TOEKOMSTIGE BEROEPSONTWIKKELINGEN

Ontwikkelingen in en rondom het beroep zijn te koppelen aan drie onderdelen van het beroep, namelijk: de verwijzing naar en indicatie voor PMT, de uitvoering van psychomotorische interventies en de verantwoording en afhandeling van de behandeling.

### 2.5.1. Ontwikkelingen in de verwijzing en indicatie

Veelal wordt een cliënt naar PMT verwezen door een BIG-geregistreeerde regiebehandelaar, zoals een GZ-psycholoog, psychotherapeut, klinisch psycholoog of psychiater ([www.nvgzp.nl/wet-enregelgeving/regiebehandelaarschap-ggz/](http://www.nvgzp.nl/wet-enregelgeving/regiebehandelaarschap-ggz/)). In toenemende mate wordt ook verwezen naar PMT door bijvoorbeeld (verpleeg)huisartsen, wijkteams en (gezins-)coaches. Door een toename van zelfdiagnostiek gaan cliënten ook zelf opzoek naar gewenste hulpverlening en vinden zo de PMT in de eerste lijn. Dit vraagt een brede kijk op diagnostiek waarbij niet alleen gekeken wordt naar uitval van functies of beperkingen, maar ook naar kwaliteiten van cliënt (Huber, 2016). De cliënt zelf wordt in toenemende mate betrokken bij het behandelplan in het kader van 'shared decision making', waarbij gebruik gemaakt wordt van 'Patient Reported Outcome Measures' (De Haan, Rekkers, Scheffers, & Moeijes, 2019).

Het door-ontwikkelen en benutten van PMT-relevante meetinstrumenten is nodig om de PMT-indicatiestelling te ondersteunen en ook om het verdere verloop te kunnen monitoren (De Haan, Scheffers, Moeijes, & Van Busschbach, 2019).

### 2.5.2. Ontwikkelingen in kennis over psychomotorische interventies

De kracht van psychomotorische interventies is gelegen in de ervaringsgerichte werking van de ingezette interventies, op basis van optimale afstemming met de cliënt, in samenhang met een gedegen onderbouwing vanuit theorie en onderzoek. De kennis van psychomotorisch therapeuten wordt gevoed vanuit onder andere (neuro)psychologie, bewegingsonderwijs, (ortho-)pedagogiek, anatomie, (neuro-)fysiologie, bewegingswetenschappen en filosofie. Zo is er steeds meer kennis over de werking van de hersenen en het stress-systeem in relatie tot de lichaamsbeleving en het bewegingsgedrag. De verwachting is dat deze ontwikkeling door gaat zetten en dat steeds meer psychomotorische interventies geënt zullen zijn op neurobiologische kennis.

### 2.5.3. Ontwikkeling in de verantwoording en afhandeling van de behandeling

De behandeling wordt geëvalueerd met de cliënt en er wordt indien van toepassing gerapporteerd aan de verwijzer of het (multidisciplinaire) behandelteam. In de praktijk zijn dergelijke evaluaties vooral gebaseerd op de ervaringen van cliënten en expertise van behandelaren. Met het oog op de verantwoording en verdere legitimering van het beroep, is het een belangrijke ontwikkeling dat psychomotorische behandelingen meetbaar worden gemaakt om de effectiviteit en werkzame mechanismen te kunnen onderzoeken (zie H.4). De meetuitkomsten vormen in de loop van de behandeling een hulpmiddel om klachten te objectiveren en te expliciteren, ook om naar aanleiding van uitkomsten in gesprek te gaan met cliënt over de voortgang, en verandering van klachten beter in kaart te brengen.

#### 2.5.4. Ontwikkelingen in de positionering van het beroep in de werkvelden

Bij 2.1 is beschreven in welk werkdomein psychomotorisch therapeuten werkzaam zijn. In een aantal werkvelden zijn psychomotorisch therapeuten in toenemende mate actief als vrijgevestigde of binnen kleinschalige praktijken in samenwerking met professionals vanuit andere disciplines. Deze ontwikkeling vraagt om aanvullende competenties in ondernemerschap en profilering als professional, zowel op het niveau van eigen praktijkvoering als op het niveau van positionering van het beroep. De NVPMT heeft een aparte functionaris aangesteld ter ondersteuning van de werkveldgroepen met oog op positionering van PMT gekoppeld aan specifieke doelgroepen (zie 5.2.3). Zowel vanuit de beroepsvereniging als ook vanuit de opleidingen wordt hier actief aandacht aan besteed.

#### 2.5.5. Ontwikkelingen op het gebied van technologie

Moderne technologieën vinden steeds meer toepassingen in het beroep. Zowel de opleidingen als individuele beroepsbeoefenaren zijn betrokken bij de ontwikkeling van toepassingen van moderne technologieën in het beroep. Het is belangrijk hierbij voor ogen te houden dat de technologie een middel is en nooit een doel op zich.

Er zijn diverse e-health platforms die onlineapplicaties aanbieden waar PMT-modules deel van uitmaken, waaronder 'Minddistrict' (Kusiak, 2019) en 'Jouw Omgeving'. De onderbouwing van dergelijke online interventies die binnen het beroepenveld passen is nog in ontwikkeling (Rosenbaum, Newby, Steel, Andrews, & Ward, 2017; Fuller-Tyszkiewicz et al., 2019).

Een techniek in ontwikkeling is het werken met virtual reality (VR). Middels deze techniek is het mogelijk de cliënt in een digitaal gemanipuleerde context te brengen. Dit biedt mogelijkheden om psychomotorische interventies heel specifiek te richten en zelfs op afstand aan te bieden. VR kan gecombineerd worden met het 'realtime' meten van verscheidene fysiologische uitkomstmaten.

Gericht op specifieke doelen wordt in de beroepsuitoefening steeds meer gebruikt gemaakt van apps voor het aanleren en bijhouden van vaardigheden (bijvoorbeeld relaxatie en ademhaling) of de registratie van relevante variabelen (stress, spanning) en huiswerkopdrachten. Op deze wijze wordt de transfer van interventies gericht op stress en spanning de therapie sessies naar de thuissituatie gefaciliteerd.

De verbinding van technologische ontwikkelingen aan psychomotorische interventies biedt diverse mogelijkheden die in de komende jaren verder ontdekt, onderbouwd en geïmplementeerd dienen te worden.



# PSYCHO- MOTORISCHE INTERVENTIES

3



## 3.1 WERKZAME MECHANISMEN

Psychomotorische interventies bieden cliënten de gelegenheid te experimenteren met motiva-ties, gevoelens, gedachten, waarnemingen en/of gedragingen, waardoor ervaringen kunnen doordringen en beklijven. De werkzame mechanismen van de PMT zijn gebaseerd op het methodisch toepassen van interventies die gecentreerd zijn rond *bewegingsgedrag* en *lichaams-beleving* en de *symbolisch* betekenis die hiermee verbonden kan zijn. PMT is een eclectische therapie. De therapeut maakt een afweging welke interventie of combinatie van interventies passend is bij het proces van de cliënt en maakt daarbij gebruik van de appèl-waarde van de (sociale) context, de ruimte en de therapiematerialen.

PMT is deels gebaseerd op werkingsmechanismen van onderliggende therapeutische benaderingen, bijvoorbeeld de cognitieve gedragstherapie, waarbij het aanleren van nieuwe gedragingen en cognities de werkzame factor is. Het denken vormt het startpunt van een top-down benadering. Specifiek voor PMT is een bottom-up benadering, waarbij het lichamelijke waarnemen, ervaren en handelen aangrijpingspunten zijn van diagnose en beïnvloeding. De neurologische theorie van de 'predictive coding' ondersteunt de rationale voor deze ervaringsgerichte, bottom-up benadering (Waterink & Van Hooren, 2019).

Het onderzoek naar specifieke werkingsmechanismen van vaktherapeutische interventies is 'work in progress'. Van Hooren, Van Busschbach en Abbing (2021) stellen zes transdiagnostische categorieën voor in een beschrijving van vaktherapeutische werkingsmechanismen, die verwant zijn aan neurobiologische systemen:

1. Arousal-regulatie, ofwel regulatie van de activatietoestand van het zenuwstelsel.
2. Proces van lichaamswaarneming/-bewustzijn
3. Proces van expressie/creativiteit/flexibiliteit, het proces om emoties te uiten of zichzelf te uiten (identiteit).
4. Affect- en emotieregulatie
5. Regulatie van hogere orde cognitieve processen, zoals executieve functies, waarbij het gaat om inhibitie van gedrag, volgehouden aandacht en plannen van gedrag.
6. Regulatie van sociale processen.

Hieronder volgt een indeling van PMT-interventies, waarbij verwezen kan worden naar Emck en Scheffers (2019) voor een nadere uitwerking op onderdelen. Het begrip 'interventie' wordt in dit profiel gebruikt als paraplu-begrip voor psychomotorische therapieën, oefeningen en technieken.

## 3.2 PSYCHOMOTORISCHE INTERVENTIES VANUIT HET BEWEGINGSONDERWIJS

Interventies gericht op bewegingsgedrag vinden in Nederland hun oorsprong in het bewe-gingsonderwijs, met name onder invloed van de 'leer van het menselijk zich bewegen' van Gordijn (1961), waarin de betekenis van het bewegen gerelateerd wordt aan therapeutische interventies. In PMT worden activiteiten toegepast uit de sport- en beweegcultuur die verband houden met het ontwikkelen van een gezonde leefstijl. Dit kunnen individuele activiteiten zijn of activiteiten in teamverband zoals voetbal, klimmen, stoeispelen, zwemmen, fitness, etc. Een

centraal concept is het inrichten van bewegingsarrangementen die gedragingen en ervaringen uitlokken in relatie tot de hulpvraag van de patiënt. De context van sport en bewegen biedt de mogelijkheid lichaamservaringen, competentiebeleving, zelfvertrouwen, attributiestijl en interactie met anderen te observeren en behandelen. Hierbij gaat het om therapeutische aandacht voor lichamelijke, emotionele, cognitieve en sociale aspecten (LECS) (Hekking & Fellingner, 2011). Daarnaast heeft bewegen op zich een direct effect op mentale gezondheid door beïnvloeding van neurologische en hormonale processen.

### 3.3 PSYCHOMOTORISCHE INTERVENTIES VANUIT PSYCHOTHERAPEUTISCHE BENADERINGEN

Psychomotorische interventies binnen de PMT komen voort uit humanistische, behavioristische en psychodynamische psychotherapieën, die lichaamsbeleving hoog in het vaandel hebben. Petzold en Orth (1997) geven een overzicht van de verscheidenheid aan vormen. Petzold ontwikkelde een integratieve therapie op basis van lichaamsgerichte psychotherapieën. Hij was van 1979–2004 als hoogleraar verbonden aan de Faculteit Bewegingswetenschappen van de VU Amsterdam en heeft belangrijk bijgedragen aan de ontwikkeling van PMT.

PMT richt zich op het lichaam door het toepassen van methoden voor lichaamsbewustwording, stressreductie door aandachtstraining, spiegel- en videoconfrontatie, relaxatiemethoden, ademhalingsoefeningen, massage. Emck en Scheffers (2019) bespreken diverse specifieke methoden. Elementen van deze methoden worden geïntegreerd toegepast op grond van een rationale die aansluit bij therapeutische doelstellingen.

Als eclecticische therapievorm kan PMT methodisch aansluiten bij diverse psychotherapeutische stromingen, waaronder de cognitieve gedragstherapie.

In zowel praktijk als theorie is er geen strikt onderscheid tussen interventies gericht op bewegingsgedrag en lichaamsbeleving. De psychomotorisch therapeut integreert methoden en technieken van beide benaderingswijzen in aansluiting op de problematiek en hulpvraag van de cliënt.

### 3.4 SYMBOLISCHE TOEPASSING VAN PSYCHOMOTORISCHE INTERVENTIES

Als derde mogelijke benaderingswijze binnen de PMT wordt het 'symbolisch' werken gerekend, met gebruikmaking van bewegingsarrangementen en materialen. Het 'Pesso Boyden System Psychomotor' (<http://pbsp.com>) heeft hiertoe een aanzet gegeven binnen de PMT, onder meer door het 'symbolisch' arrangeren van interventies gebaseerd op bewegingsgedrag en lichaamsbeleving. Hierbij ligt de nadruk op het tot expressie brengen van gevoelens en gedachten en het symbolisch vormgeven van individuele psychologische thema's.

## 3.5 RECENTE BENADERINGEN

### 3.5.1. Psychotherapeutische toepassingen

Meer recent is de invloed van 'sensorimotor psychotherapy' (Ogden, Pain, & Fischer, 2006), met name bij trauma-gerelateerde problematiek.

De ontwikkeling van de zogenaamde 'derde generatie' cognitieve gedragstherapieën, zoals dialectische gedragstherapie, schematherapie en 'acceptance and commitment therapy' (ACT), is interessant voor PMT vanwege de aandacht voor subjectieve ervaringen, waaronder de beleving van het lichaam. De toepassing hierbij van experiëntiële technieken en mindfulness vaardigheden zijn vaak verwant met technieken voor lichaamsbewustwording die al decennialang bij PMT ingezet worden (Emck & Scheffers, 2019).

Ook de positieve psychologie (Csikszentmihalyi & Seligman, 2000) is een stroming die aansluiting vindt bij PMT, omdat in deze stroming het niet gaat om sec het opheffen van ziekte, maar om het bevorderen van welbevinden.

### 3.5.2. Psychomotorische toepassingen

Ten behoeve van de professionalisering van het beroep wordt er in toenemende mate op diverse manieren gepubliceerd over toepassing van psychomotorische interventies. In het meest recente PMT-handboek *Psychomotor interventions for mental health; Adults* (De Lange, Glas, Van Busschbach, Emck, & Scheeuwe, 2019) zijn theorie, praktijk en onderzoek voor verschillende doelgroepen uitgebreid beschreven door experts. Hiermee profileert PMT zich internationaal. Een handboek voor psychomotorische interventies gericht op de kinder- en jeugdhulpverlening is in voorbereiding en wordt in 2021 gepubliceerd.

Ook verschijnen er bijdragen over PMT in stoornis-specifieke handboeken, zoals het handboek over somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (Kalisvaart & Van der Maas, 2017) en het handboek over eetstoornissen (Rekkers & Boerhout, 2018).

Vanuit de PMT-opleiding aan de Hogeschool Windesheim Zwolle zijn diverse publicaties verschenen over psychomotorisch methodische constructen, waaronder Van den Blink en Dijk (2016). Een bundeling van ordeningsprincipes voor bewegingsgeoriënteerde activiteiten is te lezen in Van den Blink, Dijk en Verschuur (2019).

## 3.6 PSYCHOMOTORISCHE DIAGNOSTIEK

Psychomotorisch therapeuten maken gebruik van observatie-instrumenten en van andere diagnostische instrumenten, zoals vragenlijsten. Deze diagnostische activiteiten worden ingezet ten behoeve van de psychomotorische behandeling, maar kunnen ook bijdragen aan multidisciplinaire diagnostiek.

Diagnostische informatie over bewegingsgedrag en lichaamsbeleving in samenhang met het cognitief, emotioneel en sociaal functioneren kan bijdragen aan een gefundeerde conceptualisatie van casuïstiek en daarmee het formuleren van behandelhypothesen, behandeldoelen en de uit te voeren psychomotorische interventies. Bij herhaalde inzet van vragenlijsten kan de voortgang van de behandeling gemonitord en geëvalueerd worden. In een multidisciplinair



verband kan dergelijke informatie bijdragen classificatie van stoornissen door een daartoe geëigende (BIG-geregistreerde) professional.

### 3.6.1. Bewegingsobservatie

Observatie is een belangrijke informatiebron voor PMT. Het betreft dan met name evaluatie van houdings- en bewegingsbeeld, met aandacht voor items zoals expressie, adem- en stemgebruik. Diepenhorst en Van der Klis (2005) beschrijven de karakteristieke ‘bewegingsdialoog’ van de patiënt met de omgeving. Zo kan het bewegen geremd zijn (bij internaliserende problematiek) of juist wild en impulsief (bij externaliserende problematiek). Voorbeelden van bewegingsobservatiemethoden zijn de PsyMot bij kinderen (Emck & Bosscher, 2010), het psychomotorisch diagnostisch instrument bij trauma (Van der Kamp, Emck, Cuijpers, & Beek, 2018), de Gedragsobservatieschaal PMT voor demente ouderen (Lauriks & Dröes, 2007), het stress-management profiel bij psychose (Emck, 1998) en de Methode voor Stamp Stoot Stem bij eetstoornisproblematiek (Boerhout et al., 2018). Ontwikkeling en standaardisering van psychomotorische diagnostiek maakt onderdeel uit van lopende PMT-onderzoek (zie H.4).

### 3.6.2. Gebruik van vragenlijsten

In het gebruik van vragenlijsten binnen de PMT zijn er twee niveaus van meetpretentie te onderscheiden: PMT-specifieke en stoornis-specifieke vragenlijsten.

- **PMT-specifiek:**

- Stoornis-overstijgende vragenlijsten gericht op **lichaamsbeleving**.

Dit betreft drie domeinen (Scheffers et al., 2017a; Scheffers, Rekkers, & Bosscher, 2006):

**Lichaamsattitude:** de cognitieve, gevoelsmatige evaluatie van het lichaam en consequenties voor gedrag, meetbaar o.a. met de Dresdener Körperbild Fragenbogen (DKB-35) (Scheffers et al., 2017b).

**Lichaamstevredenheid:** de tevredenheid met uiterlijke kenmerken en functioneren van het lichaam, o.a. de Body Cathexis Scale (BCS-40) (Dorhout, Basten, Bosscher, & Scheffers, 2015).

**Lichaamsbewustzijn:** de perceptie van het lichaam op basis van herkennen van lichaamsreacties en -sensaties, meetbaar met de Somatic Awareness Questionnaire (SAQ) (Gijssbers van Wijk & Kolk, 1996), de Scale of Body Connection, subschaal awareness (SBC-A) (Price & Thompson, 2007) of de Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA-2) (Mehling, Acree, Stewart, Silas, & Jones, 2018)

- Stoornisoverstijgende vragenlijsten gericht op **bewegingsgedrag**.

Voorbeelden hiervan zijn de International Physical Activity Questionnaire-Short Form (IPAQ-SF)(Vandelanotte, Bourdeaudhuij, Philippaerts, Sjöst, & Sallis, 2005), de Lichamelijke vaardighedenschaal (LIVAS) (Bosscher et al., 1987) en de Physical Activity Enjoyment Scale (PACES)(Van Sluis, 2005; Van Sluis, Van Poppel, Stalman, & Van Mechelen, 2004).

- **Stoornis-specifieke:**

- Om de samenhang tussen de effectiviteit van behandeling en mogelijke werkzame mechanismen te bestuderen kunnen PMT-specifieke vragenlijsten worden afgenomen in combinatie met stoornis-specifieke lijsten. Het voert te ver om de mogelijkheden op dit gebied hier te beschrijven.

Er kan sprake zijn van primaire en secundaire uitkomstmaten. Behalve evaluatie van de stoornis kan evaluatie plaatsvinden van bijvoorbeeld maatschappelijke participatie en algemeen welzijn. Voor PMT binnen het (passend) onderwijs kunnen uitkomstmaten gerelateerd zijn aan het voorkomen van studievertraging of -uitval.

## 3.7 THEORETISCHE BASIS

PMT is gebaseerd op een brede theoretische basis, die geordend kan worden van metatheorie tot praxiologie. Voor dit beroepsprofiel is een kleine selectie aangestipt van belangrijkste theoretische invloeden, zoals uitgebreider beschreven en van bronnen voorzien in Emck en Scheffers (2019).

### 3.7.1. Meta-theorie

De fenomenologie gaat ervan uit dat we een lichaam zijn, het 'lichaam-subject', in plaats van dat we een lichaam hebben, het 'lichaam-object'. Binnen de psychiatrie en psychopathologie is het lichaam-subject opnieuw geïntroduceerd (Fuchs & Schlimme, 2009). Er wordt gepleit voor een nieuwe integrale benadering van gezondheid, waarbinnen mens en omgeving sterk verbonden zijn met elkaar en waarbinnen de ervaring van het 'in de wereld zijn' niet gescheiden kan worden van de wijze waarop het lichaam beleefd wordt in die omgeving (Galderisi, Heinz, Kastrup, Beezhold, & Sartorius, 2015).

Een recente theorievorming in de 'body psychotherapy' vindt plaats rond het begrip 'embodied cognition' (Röhrich, Gallagher, Geuter, & Hutto, 2014): basale vormen van cognitie en menselijke intersubjectiviteit zijn ten diepste verbonden en lichamelijk geborgd.

### 3.7.2. Klinische theorieën

Naast vakspecifieke modellen maakt PMT gebruik van klinische theorieën over psychopathologie, persoonlijkheidsontwikkeling, systeemtheorie. Bijvoorbeeld: het biopsychosociaal model, de levensloopbenadering, het perspectief van diversiteit (gender, etniciteit, religie, e.d.), het diathese-stress model (Emck & Scheffers, 2019). De integratieve theorie van Petzold (1993) bevat 'vier wegen van herstel' voor klinische strategieën, te weten: inzicht, basisvertrouwen, lichamelijke en creatieve ervaringen voor persoonlijke groei en sociale inbedding.

### 3.7.3. Interventiestrategieën

Klassiek in het beroepsprofiel van de PMT is het onderscheid tussen functionele, ervaringsgerichte en inzicht-gevende interventiestrategieën. De *functionele* strategie richt zich op zaken als ontspanning, fitheid, lichaamsbewustzijn, ademhaling. Deze strategie is gestructureerd en beoogt gedragsmodificatie. De *ervaringsgerichte* strategie richt zich op uitbreiding van lichamelijke ervaringen, competenties en gedragsrepertoire ter versterking van persoonlijke identiteit en ontwikkeling. Dit kan door vanuit de aangeboden context een appel te doen op lichaamsbewustzijn en bewegingsexpressie. De *inzicht-gevende* strategie richt zich meer op de psychosociale ontwikkeling met inbegrip van belemmerende en pijnlijke herinneringen. Psychomotorische behandelmethode bieden de mogelijkheid ervaringen uit heden en verleden met elkaar te verbinden en correctieve ervaringen op te doen. Hierbij zorgt het lichaamsgeheugen voor aangrijpingspunten (Fuchs, 2012). De drie strategieën kunnen in elkaar overlopen in het therapeutisch proces.

De indeling van PMT-interventies in vijf zogenaamde ‘prototypische’ strategieën heeft een iets ander accent (Van Hattum & Hutschemaekers, 2000). De *steunende* strategie is gericht op het creëren van ontspanning en veiligheid en handhaven van evenwicht. De *pragmatisch-structurerende* strategie heeft als doel herstel van evenwicht en beperken van invaliderende gevolgen van de stoornis. De *directief-klachtgerichte* strategie beoogt klachtreductie door een geprotocolleerd aanbod en is doorgaans kortdurend van aard. De *focaal-inzicht-gevende* strategie heeft als doel inzicht en verwerking van een specifiek probleem binnen een kort tijdsbestek. De *inzicht-georiënteerde* strategie beoogt meer fundamentele veranderingen door inzicht in de aard en oorzaken van de problematiek, aansluitend op thema’s en tempo van de cliënt.

Het brede scala aan interventies wordt door Probst, Knapen, Poot en Vancampfort (2010) ingedeeld in *action oriented* interventies en *experience oriented* en interventies. De *action-oriented* interventies zijn gericht op de ontwikkeling van vaardigheden ten behoeve van sensorisch, motorisch, cognitief en sociaal functioneren. De therapeut kiest hierbij voor een meer directieve, supportieve benadering. De *experience-oriented* interventies nodigen uit tot deelname aan werkvormen die sensaties, cognities, emoties en gedrag uitlokken gericht op hernieuwde betekenisverlening aan ervaringen. Een non-directieve of een meer confronterende benadering kan gekozen worden om bewustzijn van en inzicht in inter- en intrapsychische conflicten te bevorderen. De psychomotorisch therapeut hanteert een overkoepelend model, waarin activiteiten, attitude, verbale en non-verbale interacties convergeren in een effectieve interventie.

## 3.8 TRANSDIAGNOSTISCHE BENADERING: GENERIEKE MODULE VAKTHERAPIE

Er is vanuit de FVB een generieke module vaktherapie ontwikkeld die is opgenomen in de doelgroepsspecifieke GGZ Standaarden voor multidisciplinaire behandeling. De module biedt aangrijpingspunten voor een transdiagnostische benadering van problematiek op basis van gezamenlijke besluitvorming met de patiënt (*shared decision making*) ([www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/vaktherapie/samenvatting](http://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/vaktherapie/samenvatting)). Specifieke transdiagnostische factoren voor de PMT zijn nog niet expliciet omschreven, hoewel in de praktijk wel met transdiagnostische thema’s wordt gewerkt.



# WETENSCHAPPELIJKE ONDERBOUWING PSYCHOMOTORISCHE THERAPIE

4



Dit hoofdstuk richt zich op de onderbouwing van PMT. Hierbij is aansluiting bij de strategische onderzoeksagenda die is ontwikkeld door de gezamenlijke vaktherapeutische beroepsgroepen (<https://fvb.vaktherapie.nl/strategische-onderzoeksagenda>).

Er is zowel nationaal als internationaal toenemend aandacht voor onderzoek naar psychomotorische interventies die binnen de PMT worden geïntegreerd. Binnen de PMT in Nederland en Vlaanderen is de afgelopen decennia een toename in het aantal academische proefschriften als bijdrage aan de wetenschappelijke onderbouwing van het vakgebied.

Voor een overzicht van de meest recente ‘stand van wetenschap en praktijk’ per stoornisgroep wordt verwezen naar [www.nvpmt.nl/stand-van-wetenschap-en-praktijk](http://www.nvpmt.nl/stand-van-wetenschap-en-praktijk). Voor een overzicht van promotietrajecten en lopende onderzoeksprojecten wordt verwezen naar [www.nvpmt.nl/afgerond-en-lopend-wetenschappelijk-onderzoek](http://www.nvpmt.nl/afgerond-en-lopend-wetenschappelijk-onderzoek)

## 4.1 PMT ONDERZOEKSAGENDA

Voor de ontwikkeling van het beroep wetenschappelijke onderbouwing van interventies noodzakelijk. Het faciliteren van onderzoek maakt deel uit van het meerjarenplan van de NVP-MT. Kennisinnovatie en onderzoek leveren de *beroepsbeoefenaar* praktische kennis op over de werkzaamheid van interventies. Voor de *beroepsgroep* is onderbouwing door onderzoek voorwaarde voor erkenning en positionering binnen de gezondheidszorg. De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft de vaktherapeutische beroepen opgedragen met de noodzakelijke onderbouwing van interventies te komen<sup>2</sup>.

Binnen de nationale onderzoeksagenda voor de GGZ ligt de nadruk op vroegdetectie, gepersonaliseerde zorg en onderzoek naar de effectiviteit van innovatieve interventies<sup>3</sup>. Dit sluit aan bij het Europese ROAMER project, waarin de nadruk ligt op preventiestrategieën, inzicht in werkingsmechanismen, ontwikkelen van nieuwe interventies en ‘empowerment’ van patiënten en hun naasten (Forsman et al., 2015). Het onderzoek binnen de PMT staat in lijn met deze ontwikkelingen en is volop in beweging. Het praktijkveld werkt hierin samen met met het lectoraat Bewegen, gezondheid en welzijn van Hogeschool Windesheim (Van Busschbach, 2013), de Faculteit der Gedrags- en Bewegingswetenschappen van de VU en het Centrum voor Bewegingswetenschappen van de RU Groningen, de bacheloropleiding PMT van de Hogeschool Arnhem Nijmegen en de bachelor- en masteropleiding PMT van Hogeschool Windesheim. De focus ligt op interventiestudies en het ontwikkelen van meetinstrumenten (De Haan, Scheffers, Moeijes, & Van Busschbach, 2019). Ook wordt onderzoek uitgevoerd naar werkingsmechanismen van PMT-methodieken en -interventies, mede op aangeven van het Zorginstituut Nederland.

---

2 Kamerbrief inzake rapport Vaktherapie in de GGZ. Kenmerk 870136-144123-CZ, 2015

3 Ministerie van VWS. Onderzoeksagenda GGZ; De juiste behandeling op het juiste moment, februari 2016



Het PMT-onderzoek sluit aan bij de Strategische Onderzoeksagenda die in 2018 is opgesteld door de gezamenlijke vaktherapeutische beroepsgroepen met oog op noodzaak van 'evidence based practice' ([fvb.vaktherapie.nl/strategische-onderzoeksagenda](http://fvb.vaktherapie.nl/strategische-onderzoeksagenda)).

De hoofdlijnen zijn gericht op:

1. de effecten van vaktherapeutische interventies (meta-analyses, reviews en effectstudies)
2. de werkingsmechanismen en werkzame elementen van vaktherapeutische interventies,
3. de betekenis van vaktherapeutische interventies volgens patiënten, naasten en zorgprofessionals.

Ter ondersteuning van wetenschap en praktijk binnen de PMT is het nodig indicatiebereik, doelen, methoden en referentiekader te expliciteren. De Commissie Product en Module Ontwikkeling (CPMO) stimuleert de ontwikkeling van 'consensus based' interventiebeschrijvingen in de vorm van producten en modules voor de verschillende vaktherapieën ([fvb.vaktherapie.nl/product-en-module-ontwikkeling](http://fvb.vaktherapie.nl/product-en-module-ontwikkeling)). De achterliggende visie is dat interventiebeschrijvingen bijdragen aan de cyclus van kennisontwikkeling en aan positionering van vaktherapeutische beroepen in Nederland. Binnen de PMT zijn vanaf 2015 diverse producten en modules ontwikkeld voor de volgende doelgroepen: SOLK, depressie, forensische psychiatrie, eetstoornissen, angststoornissen; verslaving, LVB, persoonlijkheidsstoornissen, dementie. Concreet voorbeeld is de behandelmodule 'Beweging in trauma' (Scheffers et al., 2016). Een uitgave in boekvorm is het protocol 'Positieve lichaamsbeleving' bij eetstoornissen (Rekkers & Gulik, 2018). Meer interventiebeschrijvingen zijn in constructie, waaronder modules voor de doelgroep kinder- en jeugd ([www.nvpmt.nl/?page=62004](http://www.nvpmt.nl/?page=62004)).

## 4.2 BESTAANDE WETENSCHAPPELIJKE EVIDENTIE VOOR PMT

Internationaal is PMT gelieerd aan het heterogene werkveld van 'body oriented psychotherapy' (bijvoorbeeld Geuter, 2016), waarvoor in toenemende mate evidentie bestaat op grond van empirisch onderzoek (Röhrich, 2009; 2015). In Nederland en Vlaanderen wordt al decennialang onderzoek gedaan naar ontwikkelingen binnen de PMT (Probst & Bosscher, 2001). Het handboek 'Psychomotor interventions for mental health; adults' (De Lange, Glas, Van Busschbach, Emck, & Scheeuwe, 2019) biedt een overzicht van wetenschap en psychomotorische praktijk in de volwassen gezondheidszorg bij diverse stoornisgroepen.

De NVPMT beheert een document over de 'stand van wetenschap en praktijk' van PMT, waarin aangesloten wordt bij het handboek en dat met doelgroepen is aangevuld ([www.nvpmt.nl/stand-van-wetenschap-en-praktijk](http://www.nvpmt.nl/stand-van-wetenschap-en-praktijk)). Dit naslagwerk refereert aan een selectie van wetenschappelijke studies (reviews, meta-analyses, effectstudies, instrumentontwikkeling) en praktijkgerichte publicaties. Het overzicht is te vinden op de website van de NVPMT en wordt geregeld geactualiseerd.



## 4.3 ONTWIKKELINGEN MET BETREKKING TOT WETENSCHAPPELIJKE ONDERBOUWING

De wetenschappelijke onderbouwing van PMT is de laatste jaren sterk in ontwikkeling, mede op geleide van voorschriften vanuit het ministerie.

Voor een overzicht van lopende promotietrajecten en (gesubsidieerde) onderzoeksprojecten wordt verwezen naar [www.nvpmt.nl/afgerond-en-lopend-wetenschappelijk-onderzoek](http://www.nvpmt.nl/afgerond-en-lopend-wetenschappelijk-onderzoek). Het is een doorlopend overzicht dat geregeld wordt bijgesteld.

Naast ontwikkelingen in het Nederlands onderzoek worden uitkomsten verwerkt van internationaal onderzoek naar PMT-gelieerde methodieken en interventies.

## 4.4 CONCLUSIE WETENSCHAPPELIJKE BASIS PMT

De wetenschappelijke basis van PMT groeit gestaag als gevolg van nationaal en internationaal onderzoek naar de effectiviteit van psychomotorische interventies. Naast het toenemend aantal meta-analyses, reviews en interventiestudies wordt systematisch onderzoek verricht naar meetmethoden om het vakspecifieke effect te kunnen evalueren en op het spoor te komen van werkzame mechanismen.

# BORGING VAN DE KWALITEIT VAN PSYCHOMOTORISCH THERAPEUTEN

# 5



## 5.1 ERKENDE OPLEIDINGEN VOOR PMT

Het competentieprofiel van een bachelor-opgeleide psychomotorisch therapeut verschilt van een master-opgeleide in het dragen van professionele verantwoordelijkheden, complexiteit in kennis en onderbouwing en een hoger niveau in therapeutische vaardigheden.

### 5.1.1. Bachelor-niveau

Op bachelor-niveau kan een erkend PMT-diploma worden gehaald in de opleiding PMT en Bewegingsagogie van Hogeschool Windesheim en de differentiatie PMT binnen de opleiding Vaktherapie van de Hogeschool Arnhem en Nijmegen (HAN).

### 5.1.2. Master-niveau

Voor een diploma op master-niveau bestaat de route uit de masteropleiding PMT aan de Hogeschool Windesheim, dan wel een universitaire master bewegingswetenschappen, in combinatie met de minor 'PMT' aan de Vrije Universiteit Amsterdam. De eerste route geldt als een zogenaamde HBO-master, gelieerd aan de bacheloropleidingen van Windesheim en de HAN en deze route leidt op tot Master of Profession. De universitaire routes leiden op tot Master of Science.

## 5.2 NEDERLANDSE VERENIGING VOOR PSYCHOMOTORISCHE THERAPIE (NVPMT)

### 5.2.1. Organisatie

De beroepsgroep van psychomotorisch therapeuten is sinds 1960 verenigd in de Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie (NVPMT). Het dagelijks bestuur bestaat uit een voorzitter, secretaris, penningmeester en kennisinnovator. Er zijn diverse portefeuilles verdeeld onder de bestuursleden, namelijk: belangenbehartiging, PR en communicatie, opleiding, onderzoek en werkveldgroepen. Binnen elke portefeuille zijn diverse commissies actief bestaande uit vrijwillige leden van de vereniging. Jaarlijks organiseert de NVPMT een algemene ledenvergadering (ALV) waarin het bestuur verantwoording aflegt aan de leden. Informatie over de organisatie en activiteiten van de vereniging is te vinden op [www.nvpmt.nl](http://www.nvpmt.nl).

Vanaf 2006 is de NVPMT aangesloten bij de Federatie voor Vaktherapeutische Beroepen, een strategische koepelorganisatie van aangesloten beroepsverenigingen die zich sterk maakt voor een goede positionering van de verschillende vaktherapeutische beroepen (Beeldende therapie, dramatherapie, muziektherapie, danstherapie, psychomotorische therapie, psychomotorische kindtherapie en speltherapie) en van professionals op landelijk en regionaal/lokaal niveau.

### 5.2.2. Missie

Mission statement van de NVPMT is dat PMT als vorm van reguliere zorg toegankelijk, bekend en erkend is als waardevolle vorm van behandeling voor mensen die vast (dreigen te) lopen of uit (dreigen te) vallen. Daartoe is PMT opgenomen als regulier aanbod in multidisciplinaire richtlijnen, zorgstandaarden en generieke modules.





De missie van de NVPMT heeft een drietal speerpunten, namelijk:

- Behartiging van de professionele en maatschappelijke belangen van individuele leden en de beroepsgroep;
- Bevordering van kwaliteit en professionele ontwikkeling van PMT in beroepsuitoefening, opleiding, kennisinnovatie en wetenschappelijke onderbouwing;
- Profileren van het beroep via lobby richting diverse instanties, verzekeraars en instituten, in afstemming met de Federatie voor Vaktherapeutische Beroepen (FVB).

De NVPMT staat voor verbinding en netwerken om kennis en expertise uit te wisselen en samenwerking te stimuleren, zowel tussen psychomotorisch therapeuten onderling, als ook met partners op nationaal en internationaal vlak. Een voorbeeld van verbinding is de maandelijkse nieuwsbrief die de vereniging uitgeeft om leden op de hoogte te brengen over ontwikkelingen in het werkveld, in onderwijs en in onderzoek en in de lobby voor positionering binnen de gezondheidszorg, het welzijnswerk en het (aangepast) onderwijs.

### 5.2.3. Werkveldgroepen

De verbinding tussen de NVPMT en het werkveld wordt gemaakt via werkveldgroepen ('special interest groups'), die bestaan uit beroepsvertegenwoordigers van doelgroepen waarvoor psychomotorisch therapeuten een aanbod leveren. Deze werkveldgroepen zorgen voor continue ontwikkeling van PMT ten aanzien van zorg, onderzoek en opleiding voor de betreffende doelgroep en organiseren studiedagen voor beroepsgenoten. Daarnaast is er aandacht voor het leveren van een bijdrage aan publicaties en aan het onderbouwen van PMT binnen de multidisciplinaire richtlijnen en zorgstandaarden voor de diverse stoornisgroepen. Voorbeelden van werkveldgroepen zijn: Angst- en Stemmingsstoornissen, Eetstoornissen, Forensische Psychiatrie, Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Onverklaarde lichamelijke klachten (Somatisch-systeemstoornissen), Ouderen, Passend en/of speciaal onderwijs, Persoonlijkheidsstoornissen, Revalidatie, Trauma, Verslaving, Verstandelijke gehandicaptenzorg. Aansluitend bij maatschappelijke ontwikkelingen kunnen nieuwe werkveldgroepen worden opgericht.

## 5.3 EUROPEAN FORUM OF PSYCHOMOTRICITY (EFP)

Internationale samenwerking vindt plaats binnen het 'European Forum of Psychomotricity' (EFP). Hoofddoelstelling van het EFP is "the support of psychomotricity in Europe, in the educational, preventive and therapeutic practice, in the initial formation or continuing education, in the professionalization and the scientific research" (EFP, 2020).

Het EFP wil een platform zijn voor ontmoeten, delen en creëren, in 'bottom-up' georganiseerde werkgroepen. Reguliere activiteiten zijn:

- 'EFP Students' Academy', een jaarlijkse ontmoeting van studenten uit verschillende landen;
- 'European Day of Psychomotricity on September 19', ter promotie van het vakgebied;
- 'European Congress of Psychomotricity', dat eens in de vier jaar gehouden wordt.

De NVPMT speelt een actieve rol binnen de EFP door te zorgen voor afvaardiging van vrijwilligers in de diverse werkgroepen rondom onderzoek, opleiding, ‘best practises’ en positionering van het beroep en beroepsgebied van de PMT.

De huidige voorzitter van de NVPMT is ook voorzitter van het EFP-bestuur. Informatie over het EFP is te vinden op [www.psychomot.org](http://www.psychomot.org).

## 5.4 KWALITEITSREGISTER

Psychomotorisch therapeuten kunnen zich laten registreren in het Register Vaktherapie. Dit beroepsregister legt de basiseisen vast met betrekking tot de kwaliteit van de psychomotorisch therapeut op het gebied van kennis, attitude en vaardigheden (competenties). Registratie is dus een keurmerk voor kwaliteit. Het helpt cliënten om professionals te herkennen omdat het Register Vaktherapie een minimaal niveau waarborgt. Daarnaast versterkt registratie de strategische positie en de onderhandelingspositie ten opzichte van partijen zoals werkgevers, overheid en zorgverzekeraars. Ook werkgevers zelf maken steeds meer gebruik van de registratie in het register om de kennis en kwaliteit van hun werknemers te waarborgen.

Registratie kan behaald worden op basis van een erkende opleiding, werkervaring, supervisie, intervisie, bij- en nascholing, bestuurlijke activiteiten, publicaties, het geven en ontwikkelen van scholing. Nadere informatie is te vinden op [www.registervaktherapie.nl](http://www.registervaktherapie.nl).

## 5.5 BEROEPSCODE

Voor het beroep PMT bestaat een gemeenschappelijke beroepscode die is opgesteld samen met alle vaktherapeutische beroepen die verbonden zijn aan de Federatie voor Vaktherapeutische Beroepen (FVB). De beroepscode is te vinden op [fvb.vaktherapie.nl/beroepscode](http://fvb.vaktherapie.nl/beroepscode). Deze beroepscode bestaat uit “ethische en praktische normen en beginselen die de professional bij de uitoefening van het beroep dient te hanteren.” De beroepscode is niet bedoeld om één op één te bepalen of er wel of niet correct gehandeld is. Vanwege de complexiteit en verscheidenheid van vaktherapeutische beroepssituaties dient de beroepscode als richtlijn gehanteerd te worden. Deze richtlijn is bestemd voor beroepsbeoefenaren, maar er kan ook een beroep op worden gedaan door andere professionals en ‘hulpvragers’. De beroepscode kan een rol hebben in zowel de klachtenprocedure van de FVB, als de civiele rechtspraak.



# BRONNEN

6



- Aerts, L. C., Van Busschbach, J. T., & Wiersma, D. (2011). *Vaktherapie in Noord-Nederland: Beschrijving van de beroepspraktijk, behandelresultaten en tevredenheid van patiënten met vaktherapie binnen de noordelijke geestelijke gezondheidszorg*. Groningen: RGOc. [Bekijk dit boek online \(RGOc\)](#)
- Boerhout, C., Van Busschbach, J. T., Vermerris, S. M., Troquete, N. A. C., Hof, A. L., & Hoek, H.W. (2018). Force production parameters as behavioural measures for anger expression and control: The Method of Stamp Strike Shout. *PLoS ONE*, 13(11). e0206494. [doi.org/10.1371/journal.pone.0206494](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206494)
- Borrel-Carrio, F., Suchman, A. L., & Epstein, R. M. (2004). The biopsychosocial model 25 years later: Principles, practice and scientific inquiry. *Annals of Family Medicine*, 2(6), 576-582. [doi.org/10.1370/afm.245](https://doi.org/10.1370/afm.245)
- Csikszentmihalyi, M., & Seligman, M. E. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14. [doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.5](https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.5)
- De Lange, J. & Bosscher, R. J. (Eds.). (2005). *Psychomotorische therapie in de praktijk*. Nijmegen: Cure & Care.
- De Lange, J., Glas, O., Van Busschbach, J.T., Emck, C., & Scheewe, T. (Eds.). (2019). *Psychomotor interventions for mental health - Adults: A movement- and body-oriented approach*. Amsterdam: Boom.
- De Haan, A., Rekkers, M., Scheffers, M., & Moeijes, J. (2019). Shared Decision Making en Patient Reported Outcome Measures in de psychomotorische therapie. *Tijdschrift voor Vaktherapie*, 15(4), 46-53. [Bekijk dit artikel online \(Databank Vaktherapie\)](#)
- De Haan, A., Scheffers, M., Moeijes, J., & Van Busschbach, J.T. (2019). Het project 'Doen en Meten': Patient Reported Outcome Measures (PROMs) voor psychomotorische therapie. *Tijdschrift voor Vaktherapie*, 15(2), 14-18. [Bekijk dit artikel online \(Databank Vaktherapie\)](#)
- Diepenhorst, A., & Van der Klis, P. (2005). Bewegingstherapie in een psychiatrisch centrum. In J. de Lange (Ed.), *Een vak apart: Artikelen over psychomotorische therapie* (pp. 91-107). Utrecht: 't Web.
- Dorhout, M., Basten, M., Bosscher, R., & Scheffers, M. (2015). Beauty or Beast? Een psychometrisch onderzoek naar de Body-Cathexis Schaal, meetinstrument voor lichaamswaardering. *Tijdschrift voor Vaktherapie*, 11(4), 26-32. [Bekijk dit artikel online \(Databank Vaktherapie\)](#)
- European Forum of Psychomotricity. (2020). *Proposal of the Strategic plan of the European Forum of Psychomotricity (EFP)*. Intern document.



- Emck, C. (1998). *Stress management training voor jongeren met psychotische stoornissen: Een Handleiding voor trainers en therapeuten*. Leuven: Acco.
- Emck, C., & Bosscher, R. J. (2010). PsyMot: An instrument for psychomotor diagnosis and indications for psychomotor therapy in child psychiatry. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 5(3), 244-256. [doi.org/10.1080/17432971003760919](https://doi.org/10.1080/17432971003760919)
- Emck, C., & Scheffers, M. (2019). Psychomotor interventions for mental health: An introduction. In J. de Lange, O. Glas, J. van Busschbach, C. Emck, & T. Scheeuwe (Eds.), *Psychomotor interventions for mental health - Adults: A movement- and body-oriented approach* (pp. 17-51). Amsterdam: Boom.
- Forsman, A. K., Wahlbeck, K., Aarø, L. E., Alonso, J., Barry, M. M., Brunn, M., . . . Evans-Lacko, S. (2015). Research priorities for public mental health in Europe: Recommendations of the ROAMER project. *The European Journal of Public Health*, 25(2), 249-254. [doi.org/10.1093/eurpub/cku232](https://doi.org/10.1093/eurpub/cku232)
- Fuchs, T. (2012). The phenomenology of body memory. In S. C. Koch, T. Fuchs, M. Summa, & C. Müller (Eds.), *Body memory, metaphor and movement* (pp. 9-22). [doi.org/10.1075/aicr.84.03fuc](https://doi.org/10.1075/aicr.84.03fuc)
- Fuchs, T., & Schlimme, J. E. (2009). Embodiment and psychopathology: A phenomenological perspective. *Current Opinion in Psychiatry*, 22(6), 570-575. [doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283318e5c](https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283318e5c)
- Fuller-Tyszkiewicz, M., Richardson, B., Lewis, V., Linardon, J., Mills, J., Juknaitis, K., . . . Krug, I. (2019). A randomized trial exploring mindfulness and gratitude exercises as eHealth-based micro-interventions for improving body satisfaction. *Computers in Human Behavior*, 95, 58-65. [doi.org/10.1016/j.chb.2019.01.028](https://doi.org/10.1016/j.chb.2019.01.028)
- Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J., & Sartorius, N. (2015). Toward a new definition of mental health. *World Psychiatry*, 14(2), 231-233. [doi.org/10.1002/wps.20231](https://doi.org/10.1002/wps.20231)
- Geuter, U. (2016). Body psychotherapy: Experiencing the body, experiencing the self. *International Body Psychotherapy Journal*, 15(1), 6-19. [Bekijk dit artikel online \(ResearchGate\)](#)
- Gijsbers van Wijk, C. M. T., & Kolk, A. M. (1996). Psychometric evaluation of symptom perception related measures. *Personality and Individual Differences*, 20(1), 55-70. [doi.org/10.1016/0191-8869\(95\)90023-N](https://doi.org/10.1016/0191-8869(95)90023-N)
- Gordijn, C. C. F. (1961). *Bewegingsonderwijs*. Baarn: Bosch & Keuning.
- Hekking, P., & Fellingner, P. (2011). *Psychomotorische therapie: Een inleiding*. Amsterdam: Boom.
- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., Van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., . . . Schnabel, P. (2011). How should we define health? *BMJ*, 343, d4163. [doi.org/10.1136/bmj.d4163](https://doi.org/10.1136/bmj.d4163)

- Huber, M., Van Vliet, M., Giezenberg, M., Winkens, B., Heerkens, Y., Dagnelie, P. C., & Knottnerus, J. A. (2016). Towards a 'patient-centred' operationalisation of the new dynamic concept of health: A mixed methods study. *BMJ Open*, 6(1), e010091. [doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010091](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010091)
- Kalisvaart, H., & Van der Maas, L. C. (2017). Bevorderen van lichaamsbewustzijn met lichaamsgerichte therapie. In J. A. Spaans, J. Rosmalen, Y. van Rood, H. van der Horst, & S. Visser (Reds.), *Handboek behandeling van somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten* (pp. 377-386). Houten: LannooCampus.
- Kennisplatform Integratie & Samenleving. (2017, 30 juni). *Nijmeegs project De School als Vindplaats 'voorkomt een hoop ellende later'*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut. [Bekijk deze publicatie online](#)
- Kusiak, L. (2019). Minddistrict als speedboot voor innovatie. *Zorgvisie ICT*, 20(5), 28-30. [doi.org/10.1007/s41186-019-0050-x](https://doi.org/10.1007/s41186-019-0050-x)
- Lauriks, S., & Dröes, R. M. (2007). Ontwikkeling van de Gedragsobservatieschaal Psychomotorische therapie voor demente ouderen (GPMT-dem). *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 38(2), 79-90. [doi.org/10.1007/BF03074831](https://doi.org/10.1007/BF03074831)
- Mehling, W. E., Acree, M., Stewart, A., Silas, J., & Jones, A. (2018). The multidimensional assessment of interoceptive awareness, version 2 (MAIA-2). *PloS one*, 13(12), e0208034. [doi.org/10.1371/journal.pone.0208034](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208034)
- Murriss, E. (2010). Heibel in de klas: Mogelijkheden voor psychomotorische therapie in het regulier basisonderwijs. *Tijdschrift voor Vaktherapie*, 6(2), 25-31. [Bekijk dit artikel online \(Databank Vaktherapie\)](#)
- Ogden, P., Pain, C., & Fischer, J. (2006) A sensorimotor approach to the treatment of trauma and dissociation. *Psychiatric Clinics of North America*, 29(1), 263-280. [doi.org/10.1016/j.psc.2005.10.012](https://doi.org/10.1016/j.psc.2005.10.012)
- Petzold, H. (1993). *Integrative Therapie: Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie*. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H., & Orth, I. (1997). Integrative body and movement therapy: a multimodel approach to the 'body-subject'. In A. Vermeer, R. J. Bosscher, & G. D. Broadhead (Eds.), *Movement therapy accross the lifespan* (pp. 163-191). Amsterdam: VU University Press. [Bekijk dit hoofdstuk online](#)
- Price, C. J., Thompson, E. A., & Cheng, S. C. (2017). Scale of body connection: A multi-sample construct validation study. *PloS One*, 12(10), e0184757. [doi.org/10.1371/journal.pone.0184757](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0184757)
- Probst, M., & Bosscher, R. J. (2001). Psychomotorische therapie in Vlaanderen en Nederland. In M. Probst & R. J. Bosscher (Reds.), *Ontwikkelingen in de psychomotorische therapie* (pp. 1-15). Zeist: Cure & Care.



- Probst, M., Knapen, J., Poot, G., & Vancampfort, D. (2010). Psychomotor therapy and psychiatry: What's in a name? *Open Complement Medicine Journal*, 2, 105-113. [doi.org/10.2174/1876391X010020010105](https://doi.org/10.2174/1876391X010020010105)
- Rekkers, M. E., & Boerhout, C. (2018). PMT bij eetstoornissen. In G. Noordenbos & A. van Elburg & (Reds.), *Handboek eetstoornissen* (3e geheel herziene druk; pp.277-284). Utrecht: De Tijdstroom.
- Rekkers, M., & Van Gulik, S. (2018). *Protocol positieve lichaamsbeleving*. Amsterdam: Boom.
- Röhricht, F. (2009). Body oriented psychotherapy. The state of the art in empirical research and evidence-based practice: A clinical perspective. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 4(2), 135-156. [doi.org/10.1080/17432970902857263](https://doi.org/10.1080/17432970902857263)
- Röhricht, F. (2015). Body psychotherapy for the treatment of severe mental disorders: An overview. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 10(1), 51-67. [doi.org/10.1080/17432979.2014.962093](https://doi.org/10.1080/17432979.2014.962093)
- Röhricht, F., Gallagher, S., Geuter, U., & Hutto, D. D. (2014). Embodied cognition and body psychotherapy: The construction of new therapeutic environments. *Sensoria*, 10(1), 11-20. [doi.org/10.7790/sa.v10i1.389](https://doi.org/10.7790/sa.v10i1.389)
- Rosenbaum, S., Newby, J. M., Steel, Z., Andrews, G., & Ward, P. B. (2015). Online physical activity interventions for mental disorders: A systematic review. *Internet Interventions*, 2(2), 214-220. [doi.org/10.1016/j.invent.2015.04.001](https://doi.org/10.1016/j.invent.2015.04.001)
- Scheffers, M., Nissen, I., Verveld, S., Van Berkel, K., Hatzmann, J., & Van Busschbach, J. T. (2016) *Beweging in trauma: Psychomotorische therapie in de stabilisatiefase van complex trauma*. Zwolle: Christelijke Hogeschool Windesheim. [Bekijk deze publicatie online \(HBO Kennisbank\)](#)
- Scheffers, M., Rekkers, M. E., & Bosscher, R. (2006). Hoe meet ik lichaamsbeleving? Aanbevelingen voor psychomotorisch therapeuten. *Tijdschrift voor Vaktherapie*, 2(4), 21-30. [Bekijk dit artikel online \(Databank Vaktherapie\)](#)
- Scheffers, M., Van Busschbach, J. T., Bosscher, R. J., Aerts, L. C., Wiersma, D., & Schoevers, R. A. (2017a). Body image in patients with mental disorders: Characteristics, associations with diagnosis and treatment outcome. *Comprehensive Psychiatry*, 74, 53-60. [doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.01.004](https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.01.004)
- Scheffers, M., Van Duijn, M. A., Bosscher, R. J., Wiersma, D., Schoevers, R. A., & Van Busschbach, J. T. (2017b). Psychometric properties of the Dresden Body Image Questionnaire: A multiple-group confirmatory factor analysis across sex and age in a Dutch non-clinical sample. *PloS One*, 12(7), e0181908. [doi.org/10.1371/journal.pone.0181908](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181908)



- Van Busschbach, J. (2013). *Bewegen en bewogen worden: Over interventies en onderzoek in de psychomotorische therapie*. Zwolle: Christelijke Hogeschool Windesheim.  
[Bekijk deze publicatie online \(HBO Kennisbank\)](#)
- Vancampfort, D., Knapen, J., Rutten, L., Aerts, L., De Schepper, E., & Probst, M. (2009). Motiveren tot bewegen binnen de psychomotorische therapie. In J. Simons (Red.), *Actuele themata uit de psychomotorische therapie* (pp. 11-40). Leuven: Acco.
- Vandelanotte, C., De Bourdeaudhuij, I., Philippaerts, R., Sjöström, M., & Sallis, J. (2005). Reliability and validity of a computerized and Dutch version of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). *Journal of Physical Activity and Health*, 2(1), 63-75.  
[doi.org/10.2519/jospt.2013.4422](https://doi.org/10.2519/jospt.2013.4422)
- Van den Blink, M., & Dijk, F. (2016). *7 psychomotorische thema's: Werkmodel voor het gebruik*. Zwolle: Windesheim.
- Van den Blink, M., Dijk, F., & Verschuur, P. (2019). *Het BGM-boek: Bewegingsgeoriënteerde ordeningsprincipes voor de PMT-praktijk*. Deventer: ...daM.
- Van der Kamp, M. M., Emck, C., Cuijpers, P., & Beek, P. J. (2018). A psychomotor diagnostic instrument for patients with post-traumatic stress disorder. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 13(1), 33-49. [doi.org/10.1080/17432979.2017.1420692](https://doi.org/10.1080/17432979.2017.1420692)
- Van Hattum, M., & Hutschemaekers, G. (2000). *In beweging: De ontwikkeling van producten voor psychomotorische therapie*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Van Hooren, S., Van Busschbach, J. T., & Abbing, A. (2021). *Werkingsmechanismen van Vaktherapie: Stand van zaken 31 januari 2021*. Utrecht: Projectgroep Onderzoeksagenda, Federatie Vaktherapeutische Beroepen.
- Van Sluijs, E. M. F. (2005). *Vragenlijst over gezondheid en bewegen*. Amsterdam: VU medisch centrum.##
- Van Sluijs, E. M., Van Poppel, M. N., Stalman, W. A., & Van Mechelen, W. (2004). Feasibility and acceptability of a physical activity promotion programme in general practice. *Family Practice*, 21, 429-436. [doi.org/10.1093/fampra/cmh414](https://doi.org/10.1093/fampra/cmh414)
- Waterink, W., & Van Hooren, S. (2019). Predictive coding: Een verbindende theorie voor handelings- en ervaringsgericht werken binnen vaktherapeutische behandelingen. *Tijdschrift voor Vaktherapie*, 15(3), 2-6.  
[Bekijk dit artikel online \(Databank Vaktherapie\)](#)

